Rok XXIX. Kraków, 10 Maja 1890. Nr. 19.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O przeroście opon rdzenia [1]).

Odczyt miany na zjeździe internistów we Wiedniu d. 17-go kwietnia 1890 r.

Przez

prof. Dra A. Adamkiewicza.

Przez *pachymeningitis hypertrophica* Charcot rozumie chorobę, która się oznacza bujaniem nowéj tkaniny i złogami produktów patologicznych w zakresie opon rdzenia, szczegółowo opony twardéj. Przedewszystkiem ma ona wytwarzać się na obu obrzmieniach rdzenia. W ten sposób mówi się o *pachymeningitis hypertrophica cervicalis* i o *p. h. lumbalis*. Bujania opony twardéj składają się z różnych form zwykłéj tkanki łącznéj. Złogi patologiczne zaś, które w niéj się mieszczą, są to produkty rozpadowe owéj choroby, która zwykle jest przyczyną *pachymeningitis* — gruźlicy.

Podczas gdy bujania łącznotkankowe prowadzą do zrostów, które w końcu rdzeń pacierzowy, opony jego i kanał kostny kręgosłupa organicznie łączą i zamieniają w jednolitą masę, to złogi przyczyniają się do tego, że one wraz z tkanką bujającą tworzą naokoło rdzenia pierścień otaczający i ugniatający rdzeń pacierzowy. Temu uciskowi przypisują właściwe działanie i wpływ na rdzeń pacierzowy. Ucisk ten ma wywołać niedokrewność w uciśniętéj części rdzenia, wywołuje zatem zaburzenia w odżywieniu, przez to ma powstać zapalenie, tak zw. *myelitis ex compressione*, która znowu ma sprowadzać nekrozę, rozmiękczenie i rozpad.

W ten sposób rdzeń w miejscu ucisku, podobnie jak w chorobie Potta, ma zostać jakby przeciętym. A teraz mają rozwijać się od miejsca przecięcia zwyrodnienia wtórorzędne, — zwyrodnienie sznurów Golla w kierunku ku górze, a zwyrodnienia dróg piramidalnych w kierunku ku dołowi. Te ostatnie mają być podstawą objawów klinicznych, które wywołuje *pachymeningitis*, przeważnie objawów porażennych odnóg dolnych, które choroba regularnie nadweręża.

[1]) Bliższe szczegóły zawarte w monografii Adamkiewicz: *Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarkt des Rückenmarkes. Anatomisch u. Klinisch.* Wien, Hölder 1890.

Te tłumaczenia Charcota, o ile tyczą się anatomicznéj strony choroby, ogólnie zostały przyjęte. Tylko w tłumaczeniu klinicznych objawów Leyden różni się znacznie od Charcota. Jest on zdania, że nie zwyrodnienia wtórorzędne wywołują obraz chorobowy *pachymeningitis*, ale te zmiany istoty rdzenia, które wyż wspomniane bujania łącznotkankowe opony twardéj wprost wywołują w istocie rdzenia, a które polegają na zgrubieniu neuroglii i zaniku nerwów i niczem innem nie są jak zmianami przewlekłéj *myelitis*. Które z tych dwóch tłumaczeń jest więc prawdziwem? Tem pytaniem się zająć jest głównem zadaniem mojego odczytu. Odpowiedź mógł na to pytanie dać tylko bardzo jasny przypadek. A ponieważ dotąd nikt jeszcze nie zajął się szczegółowem badaniem delikatniejszéj budowy anatomicznéj rdzenia zajętego chronicznem zapaleniem opon, ponieważ daléj dla uzupełnienia wyników, które otrzymałem przy badaniu chorób degeneracyjnych rdzenia [1]) za pomocą mojéj metody barwienia safraniną, badanie zwyrodnień intersticyjalnych, jakie w *pachymeningitis* być muszą, są doniosłéj wagi, ponieważ takie badania były w stanie wykazać ważność sieci naczyniowéj rdzenia przezemnie opisanéj dla spraw patologicznych rdzenia, ponieważ wreszcie w nauce o *pachymeningitis* przypisują uciskowi tkanki nerwowéj, wywołanemu przez produkty patologiczne ową ważną rolę, jaką przypisują według wyników moich prac zupełnie błędnie działaniom uciskającym mózg, dlatego zająłem się szczegółowo zbadaniem takiego przypadku w przekonaniu, że wyniki w ten sposób osiągnięte prowadzą do zrozumienia ogólnych prawideł patologicznych i w ten sposób nadają nawet jednemu przypadkowi klinicznemu znaczenie przewyższające wartość przypadku kazuistycznego.

Chory, od którego pochodził materyjał służący mi do wspomnianych badań, a którego zawdzięczam szanownym kolegom proff. Korczyńskiemu i Browiczowi, cierpiał za życia na porażenie obu odnóg dolnych, połączone ze znacznym zanikiem i przykurczeniem mięśni takowych. Skurczone ścięgna

[1]) Adamkiewicz: *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes.* Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

uniemożliwiły wszelkie ruchy odnóg tak czynne jak i bierne i trzymały kolana w ustawicznem zgięciu. Pęcherz moczowy i odbytnica były zupełnie porażone. Czucie u chorego było wszędzie prawidłowe. Podstawą choroby była gruźlica.

Sekcyja wykazała obok ogólnéj gruźlicy narządów wewnętrznych, z których przedewszystkiem były zajęte pęcherz i płuca, bardzo znaczne zmiany w układzie nerwowym centralnym. Znaczne części jego były obrośnięte silnemi błonami łączno-tkankowemi i za pomocą tychże zupełnie zrośnięte z czaszką i kanałem kostnym kręgowym. Części te były następujące: rdzeń przedłużony, móżdżek aż do ciałka czworaczego, rdzeń szyjny i znaczna część rdzenia piersiowego. A zatem mieliśmy tu do czynienia raczéj z ogólną niż częściową *pachymeningitis* obrzmień rdzenia.

Błony te składały się z tkanki łącznéj, która tworzyła wszystkie przejścia od młodéj obfitéj w jądra tkanki łącznéj granulacyjnéj aż do tkanki składającéj się z zbitych włókien. Błony te w zakresie dolnego rdzenia szyjnego okazywały szczególne ułożenie. Tam, gdzie przednie korzenie lewéj połowy rdzenia opuszczają istotę rdzenia, błony te tworzyły rodzaj guzu o pochewce warstwowéj, który to guz ku górze i ku dołowi był coraz to cieńszy i ginął z jednéj strony na wysokości trzeciego, z drugiéj na wysokości szóstego korzenia szyjnego.

W ten sposób zamykały przestrzeń kulistą, mającą największy obszar na wysokości piątego korzenia szyjnego, przestrzeń wypełnioną masą składającą się częścią z wyraźnych, częścią z rozpadłych komórek okrągłych, widocznie pochodzenia gruźliczego.

Masa ta z torebką wcisnęły się w istotę rdzenia w kierunku diagonalnym z przodu ku tyłowi i zamieniły rdzeń w twór półksiężycowy, który w miejscu największego rozprzestrzenienia się obrzęku przedstawiał tylko połowę wielkości prawidłowego przekroju rdzenia. To były zmiany makroskopowe.

Badanie mikroskopowe za pomocą mojego sposobu badania safraniną osiągnięte wykazało następujące zmiany. Korzenie nerwów, które przeszywały zgrubiałą tkankę łączną i o których można było przypuścić, że skutkiem ucisku kurczącéj się tkanki łącznéj znacznie ucierpieć musiały, okazały się w wielkiéj liczbie zupełnie dobrze utrzymane. Można je było widzieć na przekrojach poprzecznych i podłużnych ułożone jak mozaika w zgrubiałéj masie łącznotkankowéj i charakteryzowały się fizyjologicznie delikatnem *endoneurium*, prawidłową istotą rdzenną włókien nerwowych, które łatwo dały się odróżnić w sieci *endoneurium* i pięknemi licznemi ciałkami nerwowemi, które leżały w pochewce rdzennéj. Obok tego można było znaleść i nerwy schorzałe różnego stopnia aż do zupełnego zaniku. W tych ostatnich można było zaledwie znaleść włókna nerwowe i ciałka nerwowe jako nieznaczne resztki, owe jako twory ubogie w istotę rdzenną, a ciałka nerwowe jako drobne żółtawe plamki. A na miejscu zanikłych składników nerwowych wystąpiła tkanka łączna, która jako potężny pierścień zastąpiła delikatne *perineurium* i zamieniła całą wiązkę nerwową w sznur łącznotkankowy. A także mierne stopnie zaniku nerwów w podobny sposób się przedstawiały, a mianowicie w miarę zmniejszenia się ilości włókien nerwowych i ciałek nerwowych tkanka łączna występowała na ich miejsce.

W rdzeniu pacierzowym musimy zbadać zmiany powstałe skutkiem bujania łączno-tkankowego opon i złogów w rdzeniu pod dwojakim względem; raz pod względem formy, a powtóre pod względem budowy.

Zmiana odnosząca się do formy już dlatego zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dotychczasowa nauka o *pachymeningitis* odnosi sprawy powstające w rdzeniu w *pachymeningitis* do ucisku błon przerosłych i do zmiany kształtu rdzenia skutkiem ucisku powstającéj. A znów wybadanie zmian tkaninowych rdzenia jest zadaniem o tyle jeszcze ważniejszem, o ile tylko bardzo dokładna znajomość takowych może nam pozwolić wydanie sądu, czy, jak owa nauka równocześnie twierdzi, rzeczywiście istnieje owa ważna zależność zmian w *pachymeningitis* począwszy od niedokrewności uciskowéj aż do rozmiękczenia i zwyrodnienia wtórorzędnego.

Otóż co się tyczy pierwszego punktu, a mianowicie ucisku części szyjnéj rdzenia przez guz, to już wyżéj wspomniałem, że w naszym przypadku istota rdzenia skutkiem ucisku zmniejszyła się prawie do połowy. Co się zaś tyczy obrazu mikroskopowego téj części to był on następujący: tkanka nerwowa uciśnięta okazuje obok łatwo tłumaczącéj się zmiany kształtu i przesunięcia się pojedynczych części rdzenia, wyraźne zagęszczenie składników nerwowych (*condensatio*). Przedewszystkiem widać to na lewéj połowie rdzenia. Tutaj wyraźnie widać, że elementa nerwowe zbliżyły się do siebie i równocześnie zmniejszyły swoją objętość. Te stosunki najłatwiéj dają się rozpoznać na istocie szaréj. Jéj słup lewy został tak ugnieciony, że powstał z niego wązki pasek i podając się uciskowi guza działającego w kierunku diagonalnym ustawił się zupełnie ukośnie względem komisury. Duże gwiaździste komórki zwojowe rogów przednich zamieniły się w delikatne wrzecionka, które wyglądają jak smugi obok siebie ułożone. Te zmiany istoty nerwowéj są oczywistym wyrazem zagęszczenia się takowéj i dowodem, że tkanka nerwowa jest ściśliwą. To zagęszczenie tkanki nerwowéj daje się, jak to w innych pracach wykazałem, wywołać doświadczalnie tak na mózgach jak i rdzeniach zwierząt żywych za pomocą blaszkownicy.

Obok zmiany kształtu wywołanéj skutkiem *pachymeningitis*, mamy jeszcze dokładniéj oznaczyć przyrodę zmian w utkaniu rdzenia. Ponieważ *pachymeningitis* jest sprawą rozpoczynającą się od opon rdzenia, przeto największe zmiany naturalnie powstać muszą w obwodowych warstwach rdzenia. Te na wielu miejscach są zupełnie zrośnięte ze zgrubiałemi oponami. A gdzie to ma miejsce, tam już nie daje się rozróżnić granica między rdzeniem a oponami, ani też naturalny obraz rdzenia. Przy dokładniejszem badaniu tych miejsc zrośniętych można było skonstatować, że brzeg rdzenia pacierzowego jest pociągnięty ku wewnątrz i daje początek pewnéj masie zagęszczonéj neurogliі. Podczas gdy w warunkach prawidłowych neuroglia rdzenia tworzy delikatną sieć, która rozpoczynając się od gęściejszego ale zupełnie jednolitego brzegu, rozprzestrzenia się ku istocie szaréj, zatrzymując wszędzie swą delikatność, to obraz rdzenia w *pachymeningitis* jest zupełnie zmieniony skutkiem zagęszczonych części neuroglii, które tracą zupełnie charakter regularnéj sieci neuroglii.

Te zagęszczone części, które tem wyraźniéj występują w obrazie mikroskopowym, o ile safranina barwi je fioletowo, mimo swéj nieregularności przecież okazują pewne prawidła. Odznaczają się mianowicie tem, że z sieci zagęszczonéj neuroglii wychodzą końce, które choć są różnéj długości zwrócone są wszystkie ku istocie szaréj i mniéj lub więcéj przebiegają promienisto. Koń-

ce te ku obwodowi przebiegając gubią się w sieci, która staje się coraz szerszą i która tworzy tam wyraźne klinyzwrócone szeroką swą podstawą ku obwodowi rdzenia.

Kształt tych klinów wzbudza zaraz myśl o infarktach. A ponieważ te stoją w znanéj zależności od naczyń i są wyrazem zwyrodniałych obszarów naczyniowych, dlatego myśl o infarktach zniewoliła mnie szukać bliższych stosunków tych klinów neuroglii do naczyń rdzenia. I rzeczywiście dość często można było znaleść w osiach tych klinów stwardniałe naczynia A jeszcze wyraźniéj owe końce, które sterczały z klinów, można było rozpoznać jako zgrubiałe pnie naczyniowe. Jeśli więc było prawdą, że te tak charakterystycznie ułożone sklerozy neuroglii stały w tak bliskim stosunku do naczyń, to fakt ten powinien także innym sposobem być udowodnionym.

Jak wykazałem w innych pracach można rozłożyć rdzeń pacierzowy na pojedyncze części, z których każda tworzy dla siebie obszar naczyniowy. Każdy taki obszar naczyniowy składa się z dwóch systemów naczyniowych. Jeden, *Vasocorona*, posiada naczyńka, które ciągną się promienisto od obwodu rdzenia ku istocie szaréj i albo w niéj albo na drodze ku niéj się kończą. Drugi system jest utworzony z względnie silnego pnia naczyniowego, który przebiega przez przednią szczelinę aż do komisury i tutaj dzieli się na dwie gałęzie, jestto *arteria sulci*. Każda z jéj gałęzi wchodzi do istoty szaréj i w niéj się rozgałęzia.

Jeśli więc wyżéj opisane kliny wybujałéj neuroglii są rzeczywiście infarktami, w takim razie i *art. sulci*, która stoi pod tym samym wpływem *pachymeningitis* co i naczynia *vasocoronae*, powinna uledz stwardnieniu. I tak jest rzeczywiście. Albowiem *art. sulci*, która w stosunkach prawidłowych smukło przebiega przednią fisurę, w *pachymeningitis* nie tylko że sama jest zgrubiałą, ale jeszcze towarzyszą jéj pasma łącznotkankowe, które zapełniają całą przednią szczelinę, a nie mając dosyć miejsca takową eleptycznie rozszerzają.

Obok tych ważnych zmian t. j. infarktów, które przeszywają cały rdzeń szyjny i większą górną połowę rdzenia piersiowego inne zmiany istoty rdzenia mniejszą odgrywają rolę.

Przedewszystkiem muszę wspomnieć o dwóch ogniskach rozmiękczenia, o większem w sznurach tylnych górnego rdzenia lędźwiowego, dokąd *pachymeningitis* z swojemi błonami uciskającemi wcale nie sięgała i o drugiem mniejszem ognisku w szaréj istocie tylnego rogu w środku rdzenia szyjnego. Dolna część rdzenia piersiowego jest znowu siedliskiem zapalenia (*myelitis*), które łatwo daje się rozpoznać po *varicosis* i rozpadzie włókien nerwowych i czerwonem zabarwieniu tychże safraniną, która nerwy zdrowe barwi żółto.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Co do przypadku trzeciego, nie daje się nic pewnego powiedzieć; jednak okoliczność, że pojawienie się ropnia poprzedziły bóle zębów wśród towarzyszącego szczękościsku, przemawia za tem, że i tu drogą zębów dostał się grzybek do ustroju, jakkolwiek wtargnięcie grzybka przez skórę twarzy nie daje się wykluczyć, a to tem mniéj, że chora często wyrywała włosy, mając bujny zarost na twarzy. W przypadku 4-tym według podania chorego utworzył się przed 7-ma miesiącami czyrak na twarzy, a w tydzień potem wystąpił szczękościsk wśród bólu w miejscu ostatnich zębów trzonowych; szczękościsk odtąd prawie nie opuszczał chorego i występowały kilkakrotnie ropnie na dziąsłach i policzku. Ciekawą jest rzeczą, że w chwili pojawienia się obrzęku na szczęce przebijał się właśnie dotyczący ząb mądrości. Czy skóra twarzy, czy rozpulchnione i z przybłonka obnażone dziąsła w tym przypadku były drogą wejścia grzybka do ustroju, pozostanie rzeczą nierozstrzygniętą. Także w przypadku 5-tym poprzedzały bóle zęba trzonowego obrzęk promieniczy; przy operacyi stwierdzono przetokę prowadzącą do chorego zęba, którego korzeń przedstawiał obraz ostrego zapalenia. Należy więc przypuścić, że i tu ząb chory był drogą wejścia grzybka. W przypadku 6-tym na 3 miesiące przed powstaniem obrzęku doznawała chora silnego bólu zęba w tem miejscu, a po usunięciu chorego zęba powstał właśnie ten obrzęk. Jakkolwiek w chwili badania nie można było stwierdzić związku obrzęku z szczęką górną, to jednak etyjologija przemawia wiele za tem, że i tu ząb był drogą wejścia grzybka. W przypadku 7-ym nie wspominał chory wcale o bólu zębów; jednak i u niego obrzęk wystąpił w miejscu chorego zęba.

We wszystkich zatem przypadkach promienicy okolicy szczękowéj, z wyjątkiem jednego, ognisko promienicze znajdowało się w miejscu spruchniałych zębów; bóle zębów poprzedzały też zazwyczaj wystąpienie nacieku na szczęce. Chore zęby wydają mi się też na podstawie powyższych spostrzeżeń własnych być najprawdopodobniejszą drogą wniknięcia promieniczego grzybka do ustroju w promienicy okolicy szczękowéj.

Droga wejścia grzybka w przypadku promienicy szyi nie daje się na pewne oznaczyć. Grzybek mógł wniknąć przez skórę, lub też przez przewód oddechowy, lub wreszcie przez przewód pokarmowy; za ostatnią drogą przemawiałaby okoliczność, że chora na tydzień przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby połknęła szczecinę wieprzową, która jéj ugrząść miała w połyku.

Obrzmienia gruczołów chłonnych nie można było wykazać w żadnym przypadku z wyjątkiem jednego: u choréj G... w 2 tygodnie po wypróżnieniu ogniska promienicowego powstał obrzęk twardy gruczołu chłonnego podszczękowego, który jednak wkrótce ustąpił trwale; również podczas powrotu choroby gruczoł ten obrzmiał przemijająco, byłto więc obrzęk zapalny.

Na wykonanie operacyi doszczętnéj zgodziło się 6-ciu chorych; takowa polegała na usunięciu chorych zębów, szerokiem przecięciu ognisk, wyskrobaniu łyżeczką Volkmanna granulacyj aż do oporu ze strony twardego nacieku, wyskrobaniu obnażonéj kości, wycięciu nożyczkami zakrzywionemi dostępnych ścian ognisk i irygacyi rozczynem przeciwgnilnym. W przypadku promienicy szyi wyłuszczono w całości obrzęk zapalny wraz z przetokami i skórę, usunięto więc chorobę najdoszczętniéj; chora znajduje się jeszcze w leczeniu, a rana goi się *per secundam*.

We wszystkich tych 6-ciu przypadkach wyleczenie będzie, jak sądzę, trwałe: w niektórych od czasu operacyi upłynęło już sporo czasu: w jednym przypadku od czasu operacyi upłynęło $1\frac{1}{2}$ roku, w jednym 11 miesięcy, w jednym 9 miesięcy, w jednym 7 miesięcy. W żadnym z tych 4-ch przypadków nie nastąpił dotąd powrót choroby.

Przypadek 4 ty odznaczał się rozległością sprawy chorobowéj. Naciek zajmował z początku policzek prawy, a po nacięciu tegoż rozszerzył się szybko i sięgał do połowy szyi. Ciekawą jest rzeczą, że gdy chory już był na wyleczeniu, powstał w ranie operacyjnéj mały ropień promienicowy, który jednak ponownem wyskrobaniem dał się usunąć doszczętnie.

W przypadku promienicy języka od czasu wyłyżeczkowania upłynęło wprawdzie dopiero 1 ½ miesiąca; wobec tego jednak, że ognisko to małe dokładnie wyskrobano, przypuścić muszę i tu zupełne wyleczenie. Gdybym w przyszłości miał przypadek promienicy języka, wyciąłbym obrzęk i zeszył; za pomocą ostatniego postępowania można być pewniejszym, że się ognisko chorobowe doszczętnie usunęło, a nadto co ważniejsza nie naraża się przy tem postępowaniu chorego na możność zarażenia dalszego siebie samego przez możliwe dostanie się grzybków do spruchniałych zębów i połyku.

Dwa przypadki najpierw obserwowane, w których nie zgodzono się na operacyję doszczętną, dowodzą, że samo przecięcie ognisk i przestrzykanie płynem przeciwgnilnym nie wystarczą do usunięcia trwałego sprawy chorobowéj; w obu przypadkach po upływie przeszło 2 lat od powstania pierwotnych ognisk nastąpił powrót choroby; przypadki te uważać zatem należy za nieuleczone i obawiać się należy dalszych powrotów choroby. Oba te przypadki pouczają nas zarazem, jak choroba jest uporczywą i wolno przebiegającą; jak grzybek promieniczy może przez długi czas (przeszło 2 ½ roku) tkwić w organizmie, prawdopodobnie w chorych zębach lub w szczęce, nie wywołując najmniejszych objawów chorobowych, ażeby znowu od czasu do czasu wywołać cały szereg charakterystycznych objawów. Przeciwnie stosunkowo długi przeciąg czasu (1 ½ roku, 7 miesięcy), w którym chorzy po operacyi doszczętnéj dobrze się mają i żadnych śladów powrotu choroby nie zdradzają, dowodzi, że operacyją doszczętną można chorobę usunąć trwale. Jaki jest wynik ostateczny w przypadku Mojżesza R., w którym wykonano wprawdzie operacyją doszczętną, ranę opatrywano jednak kreoliną, nie mogłem się wywiedzieć.

A) *Dwa pierwsze przypadki promienicy szczękowéj*; [1]) *powrót choroby.*

Adolf Gębicz, 31 lat, dorożkarz ze Lwowa zgłosił się po raz pierwszy 9/1 1888 z objawami szczękościsku i promienicowym obrzękiem w okolicy lewéj strony szczęki dolnéj, który po przecięciu szybko ustąpił. D. 28/6 1889 to jest w półtrzecia roku po powstaniu pierwszych objawów promienicy zgłosił się ponownie. Przed tygodniem miał silny ból zębów dolnych trzonowych, przyczem równocześnie twarz obrzmiała. Od 2 dni ból w policzku lewym i ropień na szczęce po stronie lewéj. Wieczorem od 2 dni ma dreszcze. Badanie wykazało: silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wargi jednak i dziąsła blade. Szczękę rozwierać może zaledwo na ¾ cm. oddalenia zębów siecznych od siebie. Zęby trzonowe dolne lewe wszystkie dotknięte próchnieniem prócz 1-go; wszystkie pozostałe zęby zdrowe (zaledwie 4) pokryte kamieniem winnym, czarne. Policzek lewy mocno obrzmiały, a tylną połowę wyrostka zębowego zajmuje ropień składający się z 2-ch wyniosłości przedzielonych rowkiem; skóra ropnia czerwono zabarwiona, ropień dokładnie chełbocze na przestrzeni wielkiego orzecha włoskiego; otoczenie ropnia deskowato twarde, osobliwie od tyłu; miejsce stwardnienia do 8 cm. długie, a 5 cm. szerokie, skóra w zakresie stwardnienia blada. Wyraz twarzy cierpiący. Nie ulegało prawie wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z powrotem choroby promienicy.

Gdy chory na wykonanie operacyi doszczętnéj nie zgodził się, naciąłam dnia 28/6 1889 obie wyniosłości chełboczące, przyczem z dolnéj za poduszeniem wydalono około łyżkę stołową ropy gęstéj żółto-brunatnawéj mocno cuchnącéj; w ropie téj były zawieszone ciałka żółte zbitsze, mniejsze od maku. Takowe poddane dokładnemu badaniu drobnowidowemu okazywały kępki złożone z samych nici drzewkowato rozgałęziające się; pałeczek nigdzie nie można było dostrzedz. Dnia 29/6 rano powtórnie poddano ropę badaniu drobnowidowemu; wynik badania jak dnia poprzedniego. Rana zgoiła się w przeciągu tygodnia, pozostawiając płaskie wzniesienie na kości w zakresie blizny wielkości centa. Dotąd (kwiecień 1889 r.) nie ma powrotu choroby.

II. Józefa Gębiczowa, żona poprzedniego chorego zgłosiła się po raz pierwszy (jeszcze jako narzeczona) dnia 17/7 1887 z objawami szczękościsku i z ogniskiem promienicowem w okolicy lewéj strony szczęki dolnéj. Po raz wtóry zgłosiła się 27/9 1889, to jest po upływie przeszło 2 lat od czasu pierwszych objawów promienicy, podając, że przed miesiącem utworzył się w miejscu dawnéj blizny obrzęk wielkości grochu, który stopniowo wzrastał i poczerwieniał. Ząb choréj nie bolał; szczękę mogła ciągle dobrze rozwierać. Badanie wykazywało: w środku wyrostka zębowego lewego szczęki dolnéj znajdował się ropień wielkości centa o skórze różowo zabarwionéj, otoczony twardym wałem zapalnym (a szerokości talara. Ropień okazywał wyraźne chełbotanie i składał się z kilku wzgórków przedzielonych rowkami; jeden gruczoł chłonny w środku pod szczęką powiększony wielkości małego orzecha. W miejscu odpowiadającem ropniowi ząb spruchniały i obok niego mała przetoka, prowadząca do obnażonéj kości.

Chora zgodziła się tylko na otwarcie ropnia i wyjęcie chorego zęba. Dnia 27/9, 1889, przecięto obrzęk. Treść ropnia stanowiła ciecz śluzowa, ciągnąca się, przeźroczystawa, z którą wypłynęła spora ilość cytrynowo zabarwionych charakterystycznych grudek. Korzeń chory usunięto. Na korzeniu zębowym grudek żółtawych nie dostrzeżono. Ropień przecięty opatrzono antiseptycznie; na wyskrobanie nie zgodziła się.

Badanie drobnowidowe [1]) wykazało kolonie grzybka promienicowego odosobnione grzybki i charakterystyczne pałeczki Ranka zgoiła się w kilku dniach; dotąd (kwiecień 1889 r.) powrotu choroby niema.

B) *Nowe przypadki promienicy szczękowéj.*

III. Pani K., żona urzędnika kolejowego, 30 lat, cierpiała przed 10 laty na przetokę zębową po stronie prawéj twarzy, która po wyjęciu chorego zęba zgoiła się, pozostawiając bliznę nieznaczną wielkości soczewicy na prawym policzku. W miejscu odpowiadającem dawniéj bliźnie miała powstać przed 4 tygodniami wśród znacznego szczękościsku czerwono-sinawa plama i znaczne obrzmienie policzka nad wyrostkiem zębowym prawym szczęki dolnéj. Obrzmienie z dnia na dzień to powiększało się, to klęsło. Usta mogła chora przytem z trudnością otwierać tylko na odległość około ½ cm. zębów siecznych od siebie. Dentysta, do którego się chora udała o poradę, usunął korzenie 2 ostatnich dolnych prawych zębów trzonowych, poczem policzek sklęsł, utrudnienie otwierania ust zmniejszyło się, jednak w miejscu wspomnianéj plamy powstał ropień. Chora zgłosiła się do mnie dnia 29 sierpnia 1888.

Na prawym policzku w środku wyrostka zębowego szczęki dolnéj znajdował się ropień chełboczący wielkości grochu o skórze ścieńczałéj zaczerwienionéj; na szczęce w zakresie ropnia nie można było wykazać żadnego obrzęku, brak wszystkich dolnych trzonowych zębów po stronie prawéj; inne zęby były zdrowe, narządy wewnętrzne nie okazywały nieprawidłowości. Chora ma bujny zarost na twarzy, dlatego goli się, albo wyrywa włosy kleszczykami. Na nacięcie ropnia chora się nie zgodziła, dlatego polecono jéj okłady z octanu glinowego. Dnia 31/8 zgłosiła się powtórnie; ropień nieco powiększył się mimo stosowania okładów przepisanych; zgodziła się na nacięcie.

Przy znieczuleniu kokainą ropień nacięto i wyskrobano jamkę łyżeczką Volkmanna. Treść stanowiła ciecz śluzowo-

[1]) Patrz „Przegląd Lekarski“, 1888, Nr. 12.

[1]) Wspólnie z Drem Wehrem.

ropna i bryłki cytrynowo-żółte wielkości ziarna maku budzące mocne podejrzenie promienicy. Jamkę przestrzykano 5% wodą karbolową i rozczynem sublimatu 1:1000; opatrunek jodoformowy. Badanie drobnowidowe wydalonych bryłek uskutecznione w 2 godziny po operacyi wspólnie z Drem Wehrem wykazało liczne odosobnione pałeczki, nadto pojedyncze grzybki promienicowe i gromadki tychże. Rana zgoiła się w przeciągu tygodnia, pozostawiając nieznaczną powierzchowną bliznę. Rozpoznano w tym przypadku już po wypróżnieniu ropnia na podstawie charakterystycznych grudek; badanie drobnowidowe upewniło nas w rozpoznaniu.

Chora ta mieszka w zdrowéj części miasta, nie styka się zupełnie z bydłem, nie odwiedza stajen, jednak w sąsiedztwie jéj mieszkania znajdują się stajnie dla koni i stogi siana. Ze względu na to położenie pomieszkania nasuwają się co do drogi wejścia grzybka do ustroju różne przypuszczenia. Grzybek mógł dostać się do ustroju choréj albo przez skórę twarzy, albo drogą ust przez ząb chory; przenośnikiem zaś jego do mieszkania mógł być prąd powietrza lub mucha. Dokładne badanie mieszkania na grzyb drzewny dało wynik ujemny. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Bardenheuer: **Ciągła ekstenzyja. Podskórne, powikłane złamania i zwichnięcia kończyn i ich następstwa.** str. 810 z 216 rycinami w tekscie.

Obszerna praca składa się z dwóch części: ogólnéj obejmującéj str. 227 i szczegółowéj o 583 stronicach. W części ogólnéj już zaleca leczenie złamań i zwichnięć za pomocą ekstenzyi (wyciągania) w przeciwstawieniu do innych sposobów leczenia, występując najbardziéj przeciwko przyrządowi gipsowemu. Przyrządom ustalającym, a w szczególności gipsowemu zarzuca słusznie, że nie dozwalają na częściejsze oglądanie miejsca złamania, że przy nich nie można śledzić wytwarzającéj się zgorzeli lub zniekształtnienia, że wskutek nieruchomości następuje zanik mięśni (str. 83). Z tych powodów występuje przeciwko używaniu przyrządów gipsowych wogóle (str. 85) i zaleca tylko leczenie za pomocą ekstenzyi, któréj użyć można przy wszystkich złamaniach kończyn a nawet kręgosłupa (str. 90). Umożebnia to tym sposobem, że przylepiec zakłada nawet powyżéj miejsca złamania, nie tak jak się dotąd praktykowało, że się przylepiec zakłada tylko od miejsca złamania, daléj że z ekstenzyą podłużną tj. w kierunku osi długiéj łączy ekstenzyę poprzeczną i rotacyjną (*Quer- und Rotationsextension*) a w miarę potrzeby podważanie (*Abhebelung*). Do ekstenzyi używa z początku zaraz znacznych ciężarów, np. przy złamaniach uda 20—30 funtów. Wychodzi bowiem z tego założenia, że z początku opór mięśni jest największy, jakoteż wielka skłonność do dyslokacyi, czemu zapobiedz należy.

Ciągłą ekstenzyję zaleca również przy przerwaniu ścięgien; do przyrządów gipsowych ucieka się jednak w razie opóźnienia kostnienia (str. 184). (Potwierdzić to mogę z własnego doświadczenia. W przypadku złamania kości udowéj u mężczyzny 40-letniego była nieprawidłowa ruchomość mimo trzechmiesięcznéj ekstenzyi. Założyłem tedy przyrząd ustalający, sięgający od kostek aż do pachwiny i kazałem choremu przy pomocy kuli chodzić. W 6 tygodni późniéj nastąpił zrost kostny). W razie opóźnionego kostnienia radzi autor nadto pędzlowanie nastojem jodowym, wskutek czego następuje zapalenie sięgające aż do okostnéj (?).

W części szczegółowéj przechodzi kolejno zwichnięcia i złamania kończyn, podając sposób leczenia za pomocą ekstenzyi. Dla lepszego zrozumienia objaśnia rzecz licznemi rycinami (przeszło 200), uzmysławiającemi sposób zakładania opasek i kierunek siły wyciągającéj. Czy znajdzie wielu naśladowców, wątpić należy, zwłaszcza, że metoda ta komplikowanych przyrządów wymagająca nie nadaje się do praktyki prywatnéj a wprost jest niemożebnem, aby się wielu znalazło chorych, którzyby się zgodzili na unieruchomienie w łóżku przy złamaniu kości przedramienia, obojczyka a nawet palców. Sam autor to widocznie uznał, wymyślił bowiem już po wydrukowaniu swego dzieła przyrząd, w którym przy złamaniach kości sprychowéj sprężyna zastępuje ekstenzyję za pomocą ciężarków, przez co chory chodzić może i tylko 14 dni czasu do wyleczenia potrzebuje.

Podział dzieła na 1293 paragrafów czyni je dla czytającego nużącem a ciągłe powtarzanie, że ekstenzyja jedynie jest racyjonalną a przyrząd gipsowy nic nie wart, nudzi. Brak przytem zestawienia statystycznego wyników téj metody leczniczéj, a szkoda, bo jak autor sam powiada, ma obfity materyjał, bo rocznie przeszło 450 złamań kości długich. W ciągu lat sześciu przeto, przez które nad swą metodą pracował, cenny mógł uzbierać materyał. Przy złamaniach powikłanych razi, iż zaleca stosowanie niewolnicze przyrządu listerowskiego.

Chirurg z zawodu znajdzie w dziele tem wiele cennych uwag, jako podręcznik naukowy jednak nie nadaje się. Papier, druk i ryciny są dobre, stąd wygórowana cena dzieła (24 marek). *Dr. Bogdanik.*

Farmakologija.

Dr. L. Pernice (Halla): **O znieczulaniu kokainą.**

O wartości kokainy jako środka znieczulającego w przebiegu rękoczynów chirurgicznych zdania jeszcze nie są ustalone. Reclus, Wall i Orłow zachwalają ją entuzyjastycznie, bo przy jéj działaniu wykonywają nawet operacyje większe, jak n. p. herniotomije, kastracyje i t. d. Link zaś, Pedley i Hamel stosują ją rzadko, bo zupełne i dłuższe znieczulenie tylko dawki stanowczo trujące są w stanie wywołać. W drobnéj chirurgii kokaina stanowczo zajmuje dominujące stanowisko.

Chcąc przyczynić się po trosze do wyjaśnienia sprawy, ogłasza Pernice spostrzeżenia swoje z polikliniki prof. Obersta w Halli. Najmniejsze dawki, po których Seifert i Haenel zatrucia spostrzegali, były 0·10 podskórnie na raz wstrzyknięte. Zdarza się to jednak tylko u bezkrwistych dziewcząt lub chłopców. Wstrzykiwano nawet 0·50 na dawkę, często bezkarnie, często jednak wywoływano tym sposobem objawy groźnego zatrucia. Tak silnych dawek należy stanowczo unikać. Zatrucie poznajemy po przyspieszonem tętnie, nudnościach i wymiotach, biciu serca, drgawkach i uczuciu lęku. Dzisiaj używają w klinice w Halli powszechnie 1% rozczynu i wstrzykują według potrzeby do 5 strzykawek, czyli 0·05 na dawkę. Jest to ilość zupełnie do całkowitego znieczulenia na czas 10 minut wystarczająca. Igłę należy wbijać w tkankę podskórną, a nie w samą skórę. Link i Wölfler mają zatem racyję twierdząc, iż wessanie kokainy, a zatem i znieczulenie, jest silniejsze przy głębszem wstrzyknięciu. Udaje się ono także lepiéj w tkankach bezkrwistych niż przekrwionych, dlatego opaska uciskowa Esmarcha, jeżeli możebne, winna być zawsze zakładaną. Opaska ta sprawia, iż płyn nie zostaje nagle wessany, dlatego też i większe dawki stosować możemy i dłuższe niż 10-minutowe rękoczyny wykonywać. Ujemną stroną nowego *anaestheticum* jest, iż w tkankach znajdujących się w stanie zapalenia wessanie jest niezupełne, a zatem i znieczulenie szwankuje. W tych przypadkach spray eterowy wyrugować się z zajmowanego stanowiska nie dał. Rozczyn kokainy szybko się rozkłada, a bakteryje bujnie w nim się rozrastają. Aby temu zapobiedz, najlepiéj jest dodać trochę słabego rozczynu sublimatu, lub kw. karbolowego. Także częste ogrzewanie, jako też zatykanie flaszeczki wyjałowionym i sublimatem przesiąkniętym korkiem z waty rozkład wstrzymuje. Do dłuższych operacyj kokaina się stanowczo nie nadaje i chloroformu zdaje się nigdy nie wyruguje. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 14).

Choroby nerwowe.

Prof. Mesnet (Paryż): **Autografizm.**

Prawie 10 lat temu jak Mesnet i Dujardin-Beaumetz obserwowali histeryczkę, któréj skóra ciekawe przedstawiała zmiany w dziedzinie przewodnictwa nerwowego. Bieluchna i delikatna skóra przedstawiała na całem ciele objawy kompletnego znieczulenia. Cierpiąca nie czuła nawet ubrania na sobie, nie mówiąc już o dotykaniu różnemi przedmiotami, uderzeniu lub szczypaniu. Nie umiała odróżnić także zimnego przedmiotu od gorącego. Za to najlżejszy dotyk tępą szpilką lub jakimkolwiek innym przedmiotem, nawet ucisk lekki przypadkowego fałdu koszuli wywoływał silne ograniczone zaczer-

wienienie i obrzmienie skóry na szerokość pióra gęsiego. Tym sposobem można było na powierzchni któréjkolwiek części ciała lekko poruszając patyczkiem lub szpilką tępą wywoływać kompletne rysunki, lub całe słowa albo zdania wypisywać. Zaczerwienienie znikało zazwyczaj po 2 lub 3 godzinach. Mesnet nazwał to szczególne cierpienie autografizmem. Od tego czasu spostrzegano w Paryżu kilka takich samych przypadków, a tyczyły się one zawsze osób histerycznych obojéj płci. Ostatniemi czasy widział Mesnet te same objawy występujące u osoby młodéj z połowiczem znieczuleniem skóry. Lewa strona jakby cyrklem odmierzył nie odczuwała żadnego dotyku, ani zmiany ciepłoty. Rzecz szczególna, że owe linije czerwone można było wywoływać nie tylko na znieczulonéj, ale i na zdrowéj części ciała.

Autografizm nie jest przejściową chorobą, ale trwa całe lata z niezmienionem nasileniem. Wystąpienie miesiączki lub jakikolwiek inny insult nerwowy jeszcze ją potęguje. Niektórzy autorowie nazywają tę ciekawą chorobę *urticaria artificialis*. Nie można zaprzeczyć, że tło anatomiczne tych dwóch cierpień jest jednakie, przyczynowość ich jednakowoż wielce się od siebie różni. Autografizm jest chorobą nerwową *sui generis*, a występujące zaczerwienienia i ich kształt od woli wywołującego je zależą.

Cierpienie to już i w wiekach średnich zdaje się było znane. Nieszczęśliwi, którzy na nie zapadali, stawali się ofiarami zabobonu tych przyjemnych czasów. Mikolaj Remy, żyjący we Francyi około r. 1595, wspomina o niem i przytacza, że biedaków tych, jak w ogóle na objawy histeryczne cierpiących posądzając o konszachty z djabłem na stos skazywano. (*W. med. Bl.* 1890, Nr. 14). *Dr. Mendelsburg.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie sekcyi lwowskiéj z dnia 1 marca 1889.
Obecnych członków 30. Przewodniczący: kol. Bylicki.

1) Przewodniczący podaje do wiadomości pismo prezydenta miasta, udzielające pozwolenia na otwarcie zakładu krowiankowego Drowi Barańskiemu.

2) Kol. Ziembicki opowiada historyję choroby i zejścia śmiertelnego kobiety operowanéj w szpitalu w jego oddziele z powodu zwężlenia kiszek. Przy laparotomii wycięto spory kawał kiszki zdrowéj, szew Lemberta. Na drugi dzień temp. 37°, tętno 80 dobre. Po dwu dniach stan coraz lepszy, wogóle stan poprawy trwa dni 5. 5-go dnia mały płynny stolec. 6-go d. pogorszenie stanu ogólnego a nazajutrz rano chora śród rozwolnienia i zapadu umiera. Sekcyja wykazuje perforacyję wielkości talara w miejscu, gdzie kiszka za życia była uciśniętą. Szew założony nie pękł. W worku przepuklinowym litr kału. Ważny to przypadek dla praktyków, bo *in praxi privata* po operacyi jak najpomyślniejby rokowano a pomyłka byłaby fatalna; w dodatku dowód wymowny, że może istnieć litr kału w jamie otrzewnowéj nie wywołując przez czas dłuższy gorączki i objawów septycznych.

3) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z *lichen ruber*. Przypadek ten będzie opisany.

Kol. Krówczyński: Na ostatnim kongresie dermatologicznym w Paryżu, który się odbył przed kilkoma miesiącami, rozprawiano obszerniéj nad gromadą zwaną *lichen*, a zarząd kongresu postawił dwa pytania do odpowiedzi; mianowicie: czy należy nazwę *lichen* zatrzymać za przykładem starszych dermatologów dla większéj liczby zboczeń skórnych, które dzisiejsza nauka uważa za różne choroby, i względnie, jakie zboczenia należy zaliczyć do gromady *lichen*. Z długiéj dyskusyi, w któréj zabierali głos najznakomitsi dermatologowie wszystkich narodów, wynikło, że dotąd istnieje zamięszanie pojęć, które wyczekuje koniecznéj reformy. Przypomniawszy opinie Kaposiego, który zalicza *pityriasis rubra* do gromady *lichen*, Hebry, nie podzielającego zapatrywań Kaposiego co do *pityriasis*, przytacza zapatrywania na tę sprawę Neumanna, Unny, Berniera, Vidala itd., dodając, że większość zebranych dermatologów przyznała, iż gromada *lichen* jest sztuczną. Jeśli w nadawaniu nazw kierować się będziemy względami anatomii i fizyjologii patologicznéj, jak tego żąda Hallopeaux, wówczas w gromadzie *lichen* pozostanie tylko *lichen accuminatus, ruber* i *planus*, których proces chorobowy rozgrywa się pierwotnie w warstwie brodawkowéj skóry. Kol. Krówczyński zakończył przemówienie ogólnemi uwagami o różnicy między *lichen accum.* a *planus*, z których pierwsza forma jest ostra, druga przewlekła. W pierwszéj rokowanie mniéj pomyślne, a leczenie uciążliwsze i trudniejsze.

4) Kol. Prus czyta swoją pracę o przypadkach *Neuritis disseminata* w przebiegu influenzy. Rzecz ma być drukowana.

W dyskusyi zabierają głos koll. Pisek, Kadyi, Jendl i Rosenbusch. *Dr. Jendl.*

Posiedzenie Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 5/2 1890.
Przewodniczący: kol. Mars. Członków obecnych 36, jako gość Dr. Karczewski z Kowanówka.

1) Kol. Krokiewicz (w miejsce słabego prof. Browicza) okazuje preparat ze skóry zmarłego, którego całe powłoki pokryte były b. licznemi włókniakami. Nowotwory te znajdowały się i w śródpiersiu przodkowem, sprowadzając wypuklenie ku przodowi mostka, okazującego na tylnéj ścianie płytkie ubytki.

W dyskusyi kol. Podgórski zawiadamia, iż chory ten leżał na oddziele prof. Pareńskiego, a za życia okazywał rodzaj torby skórnéj nasadą na mostku usadowionéj, ku dołowi i stronie prawéj zwisającéj, a w dziecięctwie wytworzonéj, ciążeniu więc tego tworu przypisuje powstanie zniekształtnienia mostka. Kol. Schaitter dołącza się do tego zapatrywania przypominając, iż temu choremu przed kilku laty prof. Bryk w temże miejscu taki fartuszek skórny wagi kilku funtów zabiegiem operacyjnym usunął. — Kol. Obaliński i Gluziński przypominają sobie chorego z lat ubiegłych, który już i w Towarzystwie był przedstawiony i radzą zestawienia pojedynczych opisów. — W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll. Świątek, Krokiewicz i sprawozdawca.

2) Kol. Kaden Kaźmierz został jednogłośnie obrany członkiem Towarzystwa.

3) Kol. Surzycki przedstawia dwie chore z klin. prof. Korczyńskiego cierpiące na *gastrorrhoea acida*, a zestawiwszy literaturę odpowiednią omawia objawy, cechy i sposoby rozpoznawcze, jak i zabiegi terapeutyczne w klinice krak. stósowane.

W dyskusyi kol. Korczyński zauważa, iż w przemówieniu kol. Surzyckiego nie dość jasno zarysowowała się druga forma sokotoku (*gastrorrhoea symptomatica*) występująca np. przy *ulc. ventriculi*. — Kol. Gluziński zaznacza, że Rajchmanowi należy się pierwsza zasługa zwrócenia uwagi na badanie soku żołądkowego i wykazania zmian w takowym, a dodatkowo opisuje przypadek spostrzegany w r. z. przez siebie sokotoku żołądkowego okresowego. — W dalszéj dyskusyi zabierają głos koll. Korczyński, Gluziński i prelegent.

4) Kol. Rydygier przedstawia chorą lat 22 liczącą z całkowitym torbielem mlecznym sutka prawego. Podobne przypadki są bardzo rzadkie. — Kol. Obaliński przed kilku laty operował i opisał takiż przypadek. Prelegent opisuje swój plan operacyjny i robi punkcyję igiełką Pravaza, okazując treść cysty prawie czysto mleczną.

W dyskusyi przemawiali koll. Obaliński, Braun, Madurowicz, Bossowski, Mars i Cybulski.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

V. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

VII. Ilość opadu atmosferycznego w milimetrach i stan zachmurzenia.

Następująca tablica przedstawia średnią ilość opadu atmosferycznego w milimetrach dla Krakowa, Zakopanego i Poronina (obliczoną z trzech lat). W uwadze podany jest dzień pierwszego i ostatniego śniegu w tymże przeciągu czasu.

Tabl. V.

Ilość opadu tedy jest w Zakopanem znacznie większą niż w Krakowie, a największą w miesiącu lipcu i sierpniu, najmniejszą w grudniu i lutym. W Krakowie równie miesiące letnie okazują największą ilość opadu atmosferycznego. Roczna ilość opadu według spostrzeżeń z lat objętych powyższą tablicą wynosił dla Krakowa 711·8 milim., dla Zakopa-

Tabl. V. Średnie miesięczne opadu atmosferycznego w milimetrach (z 3-ch lat).

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień	Pierwszy i ostatni śnieg
Kraków	28·5	38·6	51·6	61·8	83·8	74·2	91·8	89·5	62·8	51·4	43·2	34·6	1/10—20/5
Zakopane	70·8	36·6	66·5	61·9	121·2	114·6	178·9	137·9	64 9	62·3	55·3	46·0	16/9—9/5
Poronin	29·4	39·2	44·6	70·5	118·9	81·1	139·6	96·9	49·1	63·4	44·2	34·9	18/9—9/5

Tabl. VI. Średnie stany zachmurzenia (z 3 ch lat obliczone) dla Krakowa, Zakopanego i Poronina.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień	Średni roczny stan.
Kraków	8·0	8·2	7·6	7·7	7·3	5·3	6·2	5·7	6·8	7·0	7 8	8·7	**7·2**
Zakopane	7·2	6·6	4·8	4·8	4·6	3·9	5·4	3·9	4·6	5·6	5·6	5·9	**5·2**
Poronin	7·1	7·7	7·4	7·2	6·8	5·5	6·8	5 3	5·5	6·8	6·3	6·6	**6 6**

Tabl. VII. Ilość dni pogodnych, półpogodnych i pochmurnych dla Krakowa, Zakopanego i Poronina (z 2 lat).

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień	
Kraków	1	1	3	3	8	17	7	6	6	3	6	1	pogodne
	2	5	5	8	7	5	6	9	5	6	6	2	półpogodne
	28	22	23	19	16	8	18	16	19	22	18	28	pochmurne
Zakopane	5	6	11	15	21	20	10	22	11	16	18	10	pogodne
	7	6	7	7	1	5	10	6	14	5	2	4	półpogodne
	19	16	13	8	6	5	11	3	5	10	10	17	pochmurne
Poronin	3	3	5	6	8	15	8	9	8	5	13	4	pogodne
	3	1	8	5	6	7	5	8	4	7	1	6	półpogodne
	24	24	22	15	16	9	18	10	16	18	16	18	pochmurne

nego 1016 milim., dla Poronina 811·8 milim. Mimo to średnie stany zachmurzonego nieba wykazują dla Zakopanego cyfry znacznie niższe niż dla Krakowa, co następującą tablica objaśnia:

Tabl. VI.

Najniższy stan zachmurzenia przypada tedy w Zakopanem w czerwcu i sierpniu, najwyższy w styczniu. Zestawiając cyfry tablicy V-tej i VI-éj widzimy, iż mimo znaczniéjszéj ilości opadów atmosferycznych panuje w Zakopanem średni stan zachmurzenia mniejszy, co się tłomaczy tem, że deszcze nagle powstają, obficie skrapiają powierzchnię ziemi, lecz zwykle krótko trwają. Wody meteoryczne licznemi strumykami i strumyczkami po twardym gruncie szybko spływają, nie wywołując w miejscach nieco otwartych nigdy dłużéj trwającego błota i parowania zbytniego.

Następująca tablica VII ma wykazuje ilość dni pogodnych, pochmurnych i półpogodnych w poszczególnych miesiącach lat 1877 i 1878 (przeciętnie).

Tabl. VII.

Tablica powyższa wykazuje, zwłaszcza w miesiącu czerwcu, lipcu i sierpniu znaczną ilość dni zupełnie pogodnych dla Zakopanego. Narzekania tedy, jakie od turystów krótki czas bawiących w Zakopanem czasem słyszeć się dają, są nieuzasadnione. Łatwo zrozumieć, że turysta, który tylko na krótki czas wybrał się do Zakopanego i przypadkowo natrafił na czas słotny, czuje się zawiedzionym w swych nadziejach i gani miejscowość, nie badając, jaki stan był równocześnie w nizinach. Niepodobna oczywiście, aby kontynentalno górski klimat Zakopanego mógł co do przeciętnéj pogody rywalizować z Rivierą lub Włochami, nie ustępuje atoli w téj mierze wielu uzdrowiskom alpejskim.

VIII. Czystość powietrza.

Powietrze w Zakopanem jest w ogóle czystsze, aniżeli w miejscach niżéj położonych, zawiera mniéj pyłu i z wszelkiem prawdopodobieństwem unosi znacznie mniejszą ilość drobnotworów, bądź zdrowiu obojętnych, bądź chorobotwórczych.

Pył powstały skutkiem rozcierania powierzchni dróg kamienistych i szutrowanych kamieniem twardym i ciężkim, granitem, gnejsem i wapieniem twardym, jako grubszy i gatunkowo cięższy, w lżéjszéj atmosferze mało się unosi ponad powierzchnią ziemi; stąd tumany kurzu, jakie się unoszą po drogach w miejscowościach niższych, są rzeczą nieznaną w Zakopanem.

Brak zakładów przemysłowych siłą pary funkcyjonujących (papiernie w Kuźnicach są poruszane wyłącznie siłą wody), trudniejszy rozkład odpadków organicznych, bezpośrednie sąsiedztwo obszaru dzikiego, niezamieszkanego, z bardzo skąpą wegetacyją alpejską na przestrzeni 16 myryjametrów kwadrat. przyczyniają się również do czystości powietrza.

Badania bakteryjologiczne powietrza w Zakopanem, o ile mi wiadomo, dotąd przedsiębrane nie były, dlatego niemożebnem porównanie jakości bakteryjologicznéj powietrza w Zakopanem z powietrzem miejscowości niżéj położonych lub miast; lecz analogiczne badania w miejscowościach alpejskich Szwajcaryi dozwalają prawie z kategoryczną pewnością wnioskować, że powietrze Zakopańskie w ogóle jest uboższe w mikroby od miejsc niższych.

I tak już w r. 1862 Pasteur powiedział, że powietrze

na „Mer de Glace“ (lodowiec na stokach grupy Montblanc'u) było zupełnie wolne od wszelkich drobnotworów; w r. 1884 badanie 2000 litrów powietrza ponad lodowcem „Aletsch“ (3000 m. w Alpach berneńskich) wykazało obecność dwóch prątków, na przełęczy „col de Saint Thédule 3340 metrów (Monte Rosa), znaleziono w 3 metrach sześciennych powietrza jeden jedyny prątek, podczas gdy powietrze miasta Bern w Szwajcaryi okazało równocześnie tysiące bakteryj w jednym metrze sześciennym powietrza.

Miquele w r. 1883 wykazał w 1-nym metrze sześc.

powietrza	drobnoutworów
a) miejscowości na 2000—3000 m. ponad poziom morza	0
b) nad jeziorem „Thun“ (560 m.) . .	8
c) około hotelu nad brzegami tego jeziora	25
d) w pokoju tegoż hotelu	600
e) w parku Montsouris w Paryżu .	7600
f) na ulicy „Rivoli“ w Paryżu (jednéj z najczystszych)	55000

Powyższy wynik badań każe wnosić, że powietrze w miejscowości wyniesionéj na 800—1000 m. ponad poziom morza, posiadającéj nadto inne korzystne w téj mierze warunki, jak Zakopane, z pewnością jest znacznie uboższe w drobnotwory i daleko mniéj sprzyja rozwojowi takowych. Rozumie się samo przez się, że ciasne mieszkania góralskie miejscowéj ludności, przepełnione, niehygienicznie utrzymane i źle wentylowane, mogą zarówno jak w nizinach nagromadzić mniéj lub więcéj znaczną ilość drobnotworów wszelkiego rodzaju, mogą dozwolić na bujanie przewleczonych prątków chorobotwórczych, innemi słowy na zagnieżdżenie się chorób zakaźnych; lecz to się nie odnosi do hygienicznie budowanych i po większéj części tylko podczas sezonu zamieszkanych domów gościnnych.

W ogóle tedy powietrze w Zakopanem jest czystsze, względnie wolne od pyłu i ubogie w drobnotwory, zdrowiu nieobojętne. Dzięki temu względnie aseptycznemu powietrzu gnicie istot organicznych odbywa się bardzo powolnie; przedmioty pozostawione n. p. w mieszkaniach na zimę w miejscach suchszych zupełnie nie pleśnieją; pokarmy, jak mięso, przechowują się w dobrym stanie przez kilka dni w lecie, nie ulegając rozkładowi. Czystość tę powietrza, stwierdzalną umiejętnie badaniem chemicznem i bakteryjologicznem stwierdzi każdy gość przybywszy do Zakopanego próbą własnych płuc, nie mogąc się do syta napoić tem czystem, lekkiem i jakby aromatycznem powietrzem. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie.

Podał

Dr. Tymoteusz Stępniewski,

dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Policzywszy ogólną liczbę zmarłych na ospę w rzeczonem dwunastoleciu, bez 1889 r., dowiadujemy się, że suma ta przechodzi cyfrę 6000 ofiar z ospy zmarłych, oprócz większéj jeszcze liczby kalek, pozostałych z rozgromu, a szczególniej rażonych ślepotą: rzesze ich tylko w małéj części przytulić się mogły do instytucyj filantropijnych specyjalnych; większość nieszczęśliwców wlecze żywot grobowy, gdzie może i jak może...

Rok ubiegły (1889) jest 1-szym rokiem wzmożenia się W Warszawie ospy, która pod koniec 1890 r. jeszcze nie wyrzekła ostatniego słowa.

Smutna opowieść tych dziejów daje się streścić tak: Przy względnéj ciszy zeszłego roku do 33-go tygodnia, czyli środkowych dni sierpnia, zabrała ospa 154 ofiar przy śmiertelności ze wszystkich innych chorób, wyrażonéj cyfrą zgonów 7,938; zatem do sierpnia ospa w roku zeszłym wywołała 52-gą część zejść śmiertelnych, zabierając tygodniowo po 4—8 ofiar. Znaczna to liczba, wyjątkowo tylko zapisywana w miastach wielkich, kontrolowanych statystycznie — zwyczajna jednak dla nas i wyrażająca względną ciszę. Cisza ta względna a raczéj wrzekoma chmurzyć się poczęła i niepokoić Warszawę od suteren do poddasz, zabierając odrazu w tygodniu 33 t. j. w środku sierpnia 19 ofiar. W tygodniach następnych, obniżając się wyjątkowo, rosła ta liczba statecznie, przekroczyła zatrważająco wysoką liczbę 50 zmarłych w tygodniu 41-ym (pierwsza połowa października). Do téj kulminacyjnéj chwili aż do początków grudnia po 30—50 ofiar tygodniowo padało. Popłoch zarysował się łzami rodzin, których ogniska nie doliczyły się ukochanych istot, i zwróceniem się rozsądnego zastępu obywateli do ciała lekarskiego z zapytaniem, co czynić należy? Odpowiedź brzmiała: zaszczepić niebawem nieszczepionych i zaszczepić powtórnie (rewakcynować) szczepionych dawniéj. Ztąd wyrósł ruch rewakcynacyjny. Szkoła i cech dały mu zachętę; żywioł biedny i ciemny, a więc bierny zachętę tę także zrozumiał, bo ułatwienie i propaganda podziałały nań aż z wysokości ambony. Rozległość akcyi rewakcynacyjnéj w 1889 r. pierwszy raz zamanifestowana w ten sposób na seryjo, dała skutek taki, że z zaszczepionych, bez względu na jakość reakcyi, nikt nie padł ofiarą ospy. Sądzę, że dopełniono w Warszawie około 30,000 szczepień (rewakcynacyj). Mój instytut dopełnił lub wydał około 16,000 szczepień. Od grudnia ospa zaczęła się zmniejszać. Wolno schodząc od 40, w tygodniu rozpoczynającym nowy rok (1890), zabrała ofiar 17, a przez styczeń, luty do marca r. b., trzyma się na falującym poziomie, dając po kilkunastu zmarłych; w tygodniu kończącym luty zmarło jeszcze na ospę 18, co nie przemawia na korzyść nadziei polepszenia w bardzo krótkim czasie.

Cyfry te pouczają, że stan ciągnąc się do końca lutego, przy zmarłych ogółem 7935 mieszkańcach Warszawy, wyraża się cyfrą zmarłych na ospę 738, czyli, że ospa, podczas natężenia powiększyła ogólną liczbę zmarłych o 10,5 część. Notujemy tutaj, że ruch stanowczo zwyżkowy chorobliwości i śmiertelności z ospy (sierpniowy) poprzedzony został szczególniejszem zjawiskiem, obserwowanem nietylko w Warszawie, ale i w wielu okolicach na prowincyi: druga połowa zwyczajnego, dorocznego sezonu szczepialnego, którą właśnie sierpień kończył, zaznaczyła się obniżeniem się ilościowem i jakościowem przyjmowania się szczepień ochronnych. Gdy zjawisko to dotknęło i szczepionych materyjałem z mego zakładu, natychmiast ograniczyłem eksploatacyję limf do minimum i po porozumieniu się z hodowcami sąsiednimi, wyjechałem za granicę, celem osobistego przekonania się, jak tam kwestyja stoi i przedsięwzięcia środków zaradczych. Sprawozdanie z téj podróży pomieściłem w „Medycynie“ i współcześnie z tem wedle planu przygotowanego w Niemczech — odnowiłem generacyję szczepianek drogą „retrowakcynacyi“. Nowe zebrania, sądziłem, że mi posłużą do szczepień zwykłych posezonowych, gdy tymczasem okazała się potrzeba eksploatacyję ich spotęgować, dla dopełnienia potrzeb, jakie wyrodziło omawiane wyżéj spotęgowanie ospy, które zaszkoczyło Warszawę prawie niespodziewanie. Tysiące szczepień pełniwszy siłami rąk instytutu przy udziale kolegów uproszonych i studentów 5-go kursu medycyny — jestem w stanie powiedzieć, że gdy do wyjątków należały przypadki zapadania na ospę młodzieży przed 10-tym rokiem życia, prawidłowo i z przyjęciem szczepionéj w dziecięctwie — to za to, średnio — im starszy wiek, tem wyższy dawał procent zejść śmiertelnych lub dotkliwych zeszpeceń. Najwięcéj zawakcynowało się młodzieży szkolnéj od 10 do 20 lat życia i kobiet młodych do lat trzydziestu kilku. Kontrola przyjęć wykazała: z 10 szczepionych od 20—15 lat, 6 zyskiwało świadectwa prawidłowego przyjęcia po pierwszym razie zaszczepienia, a z pozostałych czworga młodzieży przyjmowało się szczepienie — po drugim lub trzecim razie połowie, a drugiéj połowie wydawanemi były świadectwa ewentualnéj odporności na ospę, jako nie oddziaływającym na żadne z trzechkrotnych szczepień, powtarzanych we 2—3 tygodni jedno po drugiem. U młodzieży dojrzewającéj i dojrzałéj po 15 tym roku życia, a następnie, u osób starszych, aż do lat kilkudziesięciu, wyższy postępowo procent dawały przyjęcia, tak dalece, że od 35—50 lat wieku procent przyjęć wyraził się cyfrą 91—93 na 100.

Bez względu na jesienną a następnie zimową porę roku, szczepieni po większéj części nie przerywali zwyczajnych, nawet zadomowych, zajęć. Pracownicy fabryk i warsztatów,

na chwilę szczepienia oderwani od roboty, wracali do niéj i w dalszym ciągu codziennie wykonywali ją. Po większéj jednak części w fabrykach szczepienia odbywały się wieczorami po skończonéj robocie; była to dogodność i dla samych tych zakładów i dla mego instytutu, o ile pomoc jego była potrzebną, a dzielne wsparcie nieśli mi w szczepieniu studenci 5-go kursu. Z wyżéj podanemi odsetkami przyjęć, uznanemi za prawidłowe, nierównolegle szły postacie tychże przyjęć co do cech porównawczych. Ogólny typ wejrzenia i cech, że tak powiem, klinicznych — reprezentował niestałość: reakcyje następowały po większéj częci w postaci grudki lub konglomeratu grudek na miejscach zaszczepionych, do postaci pęcherzyka z zawartością jasnoprzeźroczystą, następnie do postaci jego zwanéj krostą ospową z zawartością zmętnioną, żółtawą, z pępkiem poniżającym się lub takąż smużką, jeżeli krosta jest podłużną. Postacie te uważano za dowody przyjęcia zgodnie z zasadą przyjętą w Niemczech, Szwecyi, Danii i Anglii. Mieliśmy możebność przekonać się, że przy rewakcynacyjach grudka i pęcherzyk dowodzą już rzeczywiście przyjęcia a do przekonania tego doszliśmy drogą doświadczenia, a mianowicie: dziesiątki szczepień zwyczajnych lub autowakcynacyj, tak zwanych kontrolujących, dawały wypadki stałe ujemne, jeżeli szczepienie poprzednie wywołało grudkę lub pęcherzyki; nadto u $^1/_6$ części zaszczepionych spostrzegało się opóźnienie przyjęć, dochodzące aż do 3-ech tygodni a natomiast przyjęcia wcześniejsze należały do wyjątków. Pojawienia się ogólnéj, łagodnéj (nigdy spotęgowanéj) wysypki reakcyjnéj obserwowaliśmy kilkanaście przypadków a do obserwacyj najważniejszych liczymy te, które (było ich kilka) przeprowadziliśmy na osobach szczepionych po zarażeniu się już ospą naturalną. Zdarzały się bowiem przypadki, że w $1^1/_2$—3 dni po zaszczepieniu ochronnem występowała po ciele typowa wysypka ospy naturalnéj u osób szczepionych w stanie względnego zdrowia, t. j. przy objawach, niedozwalających jeszcze rozpoznać ospy. Niepewność ta nie stanowiła przeciwwskazania do szczepienia; nie pod wpływem myśli, że w organizm zarażony już wprowadzony pierwiastek zarażający analogiczny walczy o byt z zarazkiem pierwszym i wyczerpuje go, lecz pod wpływem faktów doświadczalnych decydowaliśmy się na szczepienie podejrzanych o zarażenie się już ospą. Wszystkie takie przypadki przebiegały łagodnie; upoważniają zatem do dania głosu na korzyść pożyteczności szczepienia ochronnego nawet po zarażeniu się ospą naturalną.

Do szczepień używaliśmy lancetów specyjalnych, z jednéj sztuki stali wyrabianych, a różnych od niemieckich tem, że przeciwległy koniec ostrza urobionym jest w łyżeczkowatą łopateczkę do zaczerpywania materyjału szczepialnego z odpowiednich zawieralników. Wypróbowawszy różne metody sterylizowania lancetów, ostatecznie trzymaliśmy się najprostszéj, t. j. metody sterylizowania przez oczyszczenie lancetu w gorącéj wodzie. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(x) Ze względu, iż przydać się to może kolegom do wydania *mutatis mutandis* podobnych poleceń, podajemy uchwalone przez komisyję sanitarną krakowską do użytku mieszkańców Krakowa

Skazówki ochrony od suchot płucnych.

Z pomiędzy wszystkich chorób najgroźniejszą dla społeczeństwa jest gruźlica występująca u ludzi najpospoliciej w formie suchot płucnych. Wystarczy nadmienić, że umiera na nią rocznie w Niemczech 147000, w całej Europie więcéj niż milion ludzi. Kraków traci na nią rocznie więcéj niż 500 osób!

Nauka wykazała niewątpliwie, iż gruźlica jest chorobą zakaźną, polegającą na zagnieżdżaniu i mnożeniu się w ustroju ludzkim i zwierzęcym bardzo małych, ale nader licznych, osobnych pasorzytów roślinnych, znanych pod nazwą laseczników gruźliczych.

Suchoty płucne, t. j. najczęstsza i dla tego najgroźniejsza dla ludzkości forma gruźlicy, są przeto chorobą infekcyjną czyli zakaźną i zaraźliwą, która w sposobnych warunkach przenosi się z ludzi lub zwierząt nią dotkniętych pośrednio lub bezpośrednio na ludzi zdrowych i wywołuje w nich prędzéj lub póżniej też samą chorobę.

Wykazano, że najpospolitszym a przez to i najniebezpieczniejszym materyjałem, za pomocą którego szerzy się gruźlica, jest śluz (flegma) pochodzący z dróg oddechowych ludzi dotkniętych gruźlicą, a to nie śluz wilgotny, jak go organizm wydziela, ale śluz zaschły a następnie przez roztarcie rozpylony, którego bardzo drobne cząstki unoszące się w powietrzu zawierają w sobie laseczniki gruźlicze żywe, t. j. zdolne do rozmnażania się. Zabójcze te organizmy roślinne znajdują się w pokojach zajmowanych przez suchotników prawie na wszystkich przedmiotach, ścianach, podłodze i t. d.

Powietrze przez suchotników wydechane nie ma w sobie laseczników gruźliczych; samo więc przez się nie może dać powodu do zarażenia gruźlicą.

Dziedziczność suchót płucnych i gruźlicy nie jest udowodniona a jakkolwiek nie ma wątpliwości, że nierzadko całe rodziny wymierają na tę chorobę, to okoliczność ta tłumaczy się zarażaniem się jednych osób w rodzinie od drugich, mianowicie dzieci od rodziców za pośrednictwem śluzu, zwykle zawierającego w sobie bardzo wiele laseczników gruźliczych.

Jakkolwiek każdy człowiek może dostać gruźlicy, to według niewątpliwych postrzeżeń szczególną skłonność do téj choroby mają osoby słabowite osobliwie, te, u których z jakiegobądź powodu oddechanie jest płytkie.

Z tych uwag wypada, że od gruźlicy można się uchronić, jeżeli tylko zapobieży się dostaniu się do organizmu tych pasorzytów roślinnych, których wzrost i mnożenie się są właściwą przyczyną wymienionéj choroby.

W szczególności zatem:

1. Nie należy pożywać mięsa zwierząt gruźlicą dotkniętych.

W téj mierze mogą mieszkańcy Krakowa być spokojni o tyle, że władza miejska nie dopuszcza do konsumcyi mięsa zwierząt gruźlicą dotkniętych a w rzeźni miejskiéj bitych.

2. Nie należy pożywać mleka krów na gruźlicę chorujących.

Ponieważ gruźlica jest chorobą wśród bydła rogatego a mianowicie krów dosyć pospolitą, przeto należy albo mleko pobierać tylko z mleczarń dobrych, które przedstawiają rękojmie, że sprzedają mleko ze zwierząt zupełnie zdrowych, albo, co najbezpieczniéj, nie używać mleka i śmietanki inaczéj, jak tylko po przegotowaniu, przyczem nadmienia się, iż wrzenie przez 5 minut wystarcza zupełnie do zniszczenia laseczników właściwych gruźlicy a przez to odjęcia zupełnie mleku zdolności przenoszenia téj choroby ze zwierząt na ludzi.

3. W pokojach, w których przebywają osoby suchotami dotknięte, nie przechowywać, o ile można, pokarmów i napojów.

4. Nie należy dopuszczać, by chorzy śluz (flegmę) z dróg oddechowych wyrzucali w postaci plwocin na podłogę, posadzkę, dywany i t. d., ponieważ śluz na nich zasychający daje, jak już wyżéj powiedziano, powód do unoszenia się laseczników gruźliczych w powietrzu a przez to do szerzenia się gruźlicy.

Ponieważ nielekarze nie mogą wiedzieć, kto z cierpiących na choroby narządu oddechowego ma, może dopiero w początkach, suchoty płucne, zaleca się, aby wszystkie osoby wydające z dróg oddechowych flegmę oddawały ją do osobnych porcelanowych lub fajansowych spluwaczek z przykrywką, które po napełnieniu najlepiej do dołów kloacznych lub zlewów wypróżnić i wódą wrzącą wymyć należy.

Z przytoczonych powodów nie dobrze jest oddawać flegmę z dróg oddechowych do chustek, w których ona zasycha a następnie się rozpyla. Tam jednak, gdzie spluwaczki w pobliżu nie ma, jak w lokalach publicznych, w salach koncertowych, w szkole, w teatrze i t. d., nic pozostaje wszakże nic innego jak flegmę oddawać do chustek, które po przyjściu do domu nierozkładając należy schować osobno a następnie przed oddaniem do prania sparzyć wodą wrzącą.

5. W pokojach zajmowanych przez chorych na piersi należy sukna z podłóg, dywany, firanki a jeżeli można pościel i bieliznę chorego poddawać od czasu do czasu desinfekcyi w miejskim zakładzie desinfekcyjnym.

6. W razie śmierci suchotnika jest obowiązkiem po wyniesieniu zwłok z mieszkania bieliznę, pościel, suknie, dywany, firanki i t. d. oddać do desinfekcyi w miejskim zakładzie na Dajworze, ściany i sufit pokoju, w którym chory leżał, wytrzeć dobrze ośródką z chleba a okruszyny delikatnie zmiecione spalić. Meble drewniane winno się obetrzeć szmatami umaczanemi w 5%

kwasie karbolowym i tak również postąpić z podłogą lub posadzką, Jest rzeczą niesumienną sprzedawać rzeczy po suchotnikach, szczególniéj bieliznę, suknie i pościel nie poddawszy ich wprzódy desinfekcyi.

W celu zapobiegania powstawaniu suchót płucnych należy zołzy czyli skrofuły,, które są pewną formą gruźlicy, przeważnie w gruczołach limfatycznych usadowioną, leczyć zawczasu u dzieci i baczyć, aby dzieci wszystkie, osobliwie zaś skrofuliczne i pochodzące z rodziców suchotami nawiedzonych, używały dużo świeżego powietrza i ruchu w wolnéj przestrzeni i uczyły się gimnastyki, pływania i t. p. ćwiczeń fizycznych, które wzmacniając organizm wzmacniają także i narząd oddechowy i czynią go nie tak sposobnym do sadowienia się w nim laseczników gruźliczych a przez to powstawania suchót płucnych.

Jakkolwiek co do suchotników tylko desinfekcyja pościeli, bielizny i sukien w razie śmierci jest obowiązkowa, spodziewa się komisyja sanitarna po mieszkańcach Krakowa, iż w dobrze zrozumianym interesie własnym i osób sobie blizkich zastósują się zupełnie do powyższych rad i skazówek opartych na nauce i doświadczeniu a skierowanych jedynie do zmniejszenia téj wielkiéj plagi społecznéj, jaką są niewątpliwie suchoty płucne.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 8 maja 1890. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo! Na ostatniem posiedzeniu I. Zjazdu chirurgów polskich postanowiono Zjazd następny odbyć w lipcu i przedłużono czas trwania Zjazdu na trzy dni, ażeby dla braku czasu nie krępować dyskusyi przyczyniającéj się bez wątpienia najwięcéj do ożywienia Zjazdu i osiągnięcia rzeczywistych korzyści naukowych, bo porozumienia się wzajemnego w kwestyjach wątpliwych. Uniknie się w ten sposób zarazem nie miłéj konieczności, jaka się okazała na pierwszym Zjeździe, że niektóre bardzo ciekawe i pouczające wykłady nie zostały wygłoszone, inne zaledwie w najkrótszem streszczeniu podane.

Po porozumieniu się z członkami Wydziału oznaczyliśmy czas II. Zjazdu chirurgów polskich na 15, 16 i 17 lipca, zapraszając nań nietylko uczestników przeszłego Zjazdu, ale równie gorąco wszystkich Kolegów interesujących się chirurgią i jéj postępem.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały podobnie jak w roku ubiegłym od 10—1 godz. przed poł. w klinice chirurgicznéj i od 2—4 godz. po poł. w auli uniwersyteckiéj: posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracyjami, popołudniowe na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznéj, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, trzeciego dnia szpitala św. Ludwika.

Chorych przeznaczonych do demonstracyi przyjmie klinika chirurgiczna.

Dla szan. Kolegów chcących przedstawić nowe operacyje na trupie będzie wszystko odpowiednio przygotowane.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsełanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznéj.

Upraszam o jak najrychlejsze zgłaszanie wykładów i tematów nadających się do dyskusyi do sekretarza Zjazdu pana Docenta Dra Bossowskiego, żeby jak najodpowiedniéj przygotować porządek obrad. *Prof. L. Rydygier,*
przewodniczący Zjazdów chirurgicznych polskich.

(Dr. J. T.) **Z Rosyi**: W cesarstwie wychodzi obecnie 32 pism lekarskich: z tych 18 w Petersburgu, 4 w Moskwie, 10 na prowincyi. Czasopismo „Wojenno-Sanitarnoje Dieło" z polecenia rządu przestało wychodzić, a redaktor radzca stanu Dr. Szmulewicz otrzymał dymisyję. Najstarszem pismem lekarskim były „Petersb. Wraczebnyja Wiedomosti" powstałe w r. 1792—1794. Pierwszem pismem prywatnem był „Druh Zdrowja", wydawany przez rodaka naszego Dra Grum-Grzymajłę, a które wychodziło przez 37 lat (od r. 1833). Obecnie najstarszem pismem rządowem jest „Wojenno Medicinskoj Żurnał", wychodzący od lat 68, prywatnem zaś „Medicinskoje Obozrenje, wychodzące od lat 17. — Odznaczeni zostali: b. prosektor w szkole głównéj, obecnie lekarz korpuśny Pilcicki w Warszawie mianowany tajnym radzcą przy uwolnieniu ze służby; również mianowany radzcą tajnym okręgowy woj. lek. inspektor w Omsku Dr. Lewoniewski. Radzca stanu Dr. Gełtowski mianowany okręgowym w. l. inspektorem w Kijowie, a Dr. Leonard Zauściński takimże inspektorem w Odesie. — Zmarli: Bogucki, lekarz 8-go pułku strzelców, Ulicki, starszy lekarz kremenczugskiego pułku w Łowiczu, i Władysław Tymowski, wolno prakt. lekarz w Uszycy na Podolu. — Na miejsce Dra Ostrowskiego, który przeszedł w stan spoczynku, inspektorem lekarskim gubernii płockiéj mianowany został Dr. Zinowicz-Kaszczenko p. o. lekarza powiatu spaskiego w gub. tambowskiéj. Jestto pierwszy rosyjanin, mający zająć posadę inspektora lekarskiego w gubernijach król. Polskiego.

* W Cieplicach czeskich było dotąd gości 184.

* Dr. Urbino Pheitas, profesor Wydziału lek. w Oporto w Portugalii, aresztowany został, obwiniony o otrucie szwagra i kuzyna, celem uzyskania znacznego spadku.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Prof. Leber z Gietyngi mianowany tajnym radzcą i prof. okulistyki na miejscu Beckera. — **Wrocław.** Docent laryngologii Gottstein mianowany prof. nadzw.; docent Bartsch prof. nadzw. i kierownikiem zakładu dentystycznego, a Dr. Pfannenstiel habilitował się jako docent chirurgii. — **Gietynga.** Dr. Esser mianowany prof. honorowym weterynaryi. — **Monachijum.** Izba poselska zezwoliła na urządzenie 2-éj nadzw. profesury kliniki chorób wewn. i zakładu farmakologicznego. — **Berlin.** Docent Dr. Maks. Wolff mianowany profesorem nadzw. — **Petersburg.** Katedrę prof. Botkina otrzymał prof. warszawski Popow, a profesorem farmakognozyi wybrany został Dr. med. i chemii Przibytek.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz sztabowy 2-éj kl. Dr. Roman Szeliga, kierownik szpitala wojskowego w Koszycach, przeniesiony został w tym samym charakterze do Krakowa. Lekarzami pułkowymi 2 éj kl. zamianowani lekarze starsi Drowie Jan Węgrzyński i Konrad Majewski.

Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. uzyskali pp. Wilhelm Kropaczek z Kamionki na Wołyniu, Roman Lenartowicz z Leżajska i Jan Andrzéj Siedlecki z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Stokholmie umarł prof. Magnus Huss w 83 roku życia (urodzony dn. 22 października 1807, w roku 1834 uzyskał stopień doktora w Upsali, od r. 1846 zwyczajny prof. w zakładzie karolińskim, później był inspektorem tego zakładu, pierwszym lekarzem zakładu dla dzieci ks. Ludwiki, przewodniczącym Rady zdrowia i jeneralnym dyrektorem wszystkich szpitalów państwa. W r. 1857 otrzymał szlachectwo szwedzkie. Za dzieło o alkoholizmie otrzymał nagrodę Monthyona od Akademii paryskiéj. Ogłosił liczne cenne prace w dziedzinie higijeny i szpitalnéj). — Zmarli następnie: Wacław Blumental, lat 26 liczący, b. asystent prof. Kosińskiego w Warszawie i Władysław Cezary Borowitz, starszy lekarz wojskowy w Rawie; w Petersburgu umarł nagle b. prof. patologii ogólnéj tajny radzca Dr. Wiktor Besser w 65 roku życia, w Londynie prof. chirurgii w belgijskim Uniwersytecie w Lowanium Dr. Maks. Michaux, licząc lat 83.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 17: Elsenberga: Zołzy jako następstwo zaszczep. gruźlicy po obrzezaniu; — Dunina: Kilka uwag o tak zw. nerwicach traumatycznych (c. d.). — Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu (c. d.). — W *Kron. Lek.* Nr. 4: Goldflama: O powrocie odruchów ścięgnistych w przebiegu wiądu rdzeniowego; Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu. — W *Zdrowiu* Nr. 55: Chełchowskiego: Przeszłość i stan obecny zakładu zdr. w Nałęczowie; Zawadzkiego: Ze zdrojowisk krajowych; Siemińskiego: O znaczeniu hig. rozpuszczonego we wodzie tlenu. — W *Medycynie* Nr 17: Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska. — W *Wiad. Lek.* Nr. 2 i 3: Kowalskiego: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pochwie. — W *Gazecie Lek.* Nr. 18: Herynga i Jawdyńskiego: Przypadek uwięźnięcia kości u nasady języka; Dunina: Kilka uwag o tak zw. nerwicach traumatycznych (dok.); Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu (dok.); — W *Medycynie* Nr. 18: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. ROSENTAL: Afazyja i bezwład ogólny postępujący (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8 vo str. 6. — Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1889 we Lwowie 1890 in 8-vo str. 27. — Influenza von Prof. KUSNEZOW u. Dr. HERRMANN in Charkow, a. d. russischen bearb. v. Dr. J. V. Drozda in

Wien 1890 in 8 vo str. 105. — Dr. Eman. HASENFELD: Bericht ü. d. Badesaison 1889 in Franzensbad, Wien 1890, in 8-vo str. 24. — Prof. E. H. KISCH: Marienbad i. d. Saison 1889, Prag 1890, in 8-vo str. 15. — Działanie lecznicze wody źródła borowego przez Dra Jakóba ROSSERA; tłum. z angiel., Warszawa, 1890, in 12-o str. 32. — Dr. ERLENMAYER; Jackson'sche Epilepsie nach Influenza (odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 5

Sprostowanie. W rozprawie Dra Świąteckiego w Nrze 16, str. 1, szpalta 2, w. 15 od góry zamiast: ciało, ma być ciał, a w Nrze 17 str. 222, szpalta 2, wiersz 15 od dołu zamiast: ginące osocze, ma być: ginące protoplazma.

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt zakładu wodoleczniczego Dra Kołączkowskiego w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.